Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniej półtora arkusza.

**Redakcyja:** Ul. Szewska (pod toporkiem) Nr. 16.

**Administracyja:** Ulica Sienna Nr. 14.

**Ekspedycyja miejscowa:** w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Faub. St. Martin 57, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

**Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.**

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

| Przedpłata wynosi: | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Rocznie | w Austryi 8 złr. 80 c. | w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr. | w Niemczech 16 mk. | we Francyi 24 fr. |
| | Półrocznie | „ 4 „ 40 „ | „ „ „ „ 3 „ | „ 8 „ | „ 12 „ |
| | Kwartalnie | „ 2 „ 20 „ | „ „ „ „ 1½ „ | „ 4 „ | „ 6 „ |

**Kraków,** 5 kwietnia 1884. № 14. Rok XXIII.



## I. O dzisiejszym stanie nauki o transfuzyi.

Wykład miany w Tow. lek. krak.
przez prof. Mikulicza.
(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Dalszego następstwa niedokrewności, tj. hydremii i oligocytemii dłuższy czas trwających, w ten sposób naturalnie nie uwzględnia się. Wprawdzie, jak już wspomniałem, odnowa ciałek czerwonych niebawem następuje, ale przecież z góry byłoby odpowiedniéj odrazu doprowadzić organizmowi utracone ciałka krwi, aby mu oszczędzić téj pracy. Musimy jednak, chcąc na to odpowiedzieć, zapytać się, jaką rolę krew przetoczona w ustroju odgrywa?

Tu trzeba dokładnie odróżnić, czy chodzi o transfuzyję krwi innego rodzaju czy takiéj saméj, czy o krew odwłóknioną lub nie.

Że krew innego rodzaju, a więc np. krew jagnięcia, przetoczona człowiekowi działa szkodliwie i przy większych ilościach śmierć sprowadzić może, już dawno wiedziano. Już podczas transfuzyi nieco znaczniejszéj ilości występują groźne objawy, mianowicie sinica, duszność, ból głowy, wymioty, mimowolne oddawanie stolca, szum w uszach, kurcze mięśni, późniéj moczenie krwawe. Czasem śmierć następowała wśród nagłego bezdechu. Z téj przyczyny jeszcze za czasów, kiedy kwitnęła transfuzyja krwi, wielu zupełnie porzucało przetaczanie krwi z innego gatunku. Z późniejszych doświadczeń wiemy, że u psa wlewanie 20% krwi jagnięcéj sprowadza śmierć, podczas gdy, jak już nadmieniłem, 100% i jeszcze więcéj krwi tego samego rodzaju nie wywołuje groźnych objawów. Już po wstrzyknięciu 10% krwi jagnięcéj występują u psa wyż wspomniane ciężkie objawy. Mocz krwawy pochodzi z bardzo znacznego wydalenia hemoglobinu, a według badań Ponficka występuje ta hemoglobinuryja już po wstrzyknięciu 1% krwi z innego rodzaju. Zjawiska te przedtém tłumaczono po prostu twierdząc, że przyczyna leży w rozmaitéj wielkości ciałek krwi różnych rodzajów zwierząt. Jeżeli się wstrzykuje krew z ciałkami za wielkiemi, zatrzymują się one w naczyniach włosowatych i przychodzi do zatoru naczyń tych w najrozmaitszych organach, a ztąd objawy zastoju, duszności i ztąd mocz krwawy. Ponieważ ciałka krwi jagnięcéj są mniejsze niż ludzkie, więc nie uważano ich za niebezpieczne dla człowieka. Gdy jednak z krwi jagnięcéj tylko względnie małe ilości nie działały szkodliwie, większe zaś wywoływały przytoczone już objawy, tłumaczono takowe powstaniem tak zwanéj pletory. Przypomnicie sobie Panowie, jaką rolę odgrywała pletora w dawniejszéj medycynie i dla tego wyobrażano sobie, że już małe przepełnienie układu naczyniowego sprowadza tak ciężkie objawy. Z tego powodu także w chorobach niepołączonych z utratą krwi stósowano wstępny upust krwi „depletoryczny.“ Wystarczy tu tylko przypomnieć Panom doświadczenia Worm-Müllera i Lessera, aby Was przekonać, że cała dawna nauka o pletorze była błędną. Tak samo i tłumaczenia wszystkich objawów występujących po wstrzyknięciu krwi z innego rodzaju nie były właściwe.

Wiemy dziś, że krew wstrzyknięta z innego rodzaju dla ustroju jest trucizną po prostu, że więc w przypadkach, gdzie wykonano naprzód depletoryczny upust krwi, nie pomogło się ciężko choremu, tylko mu się podwójnie zaszkodziło. Tłumaczenie tego trującego działania leży w fakcie udowodnionym przez Prévosta i Dumasa, a późniéj przez Landoisa, że ciałka krwi jednego rodzaju zwierząt rozpuszczają się w surowicy drugiego rodzaju; a mianowicie rzecz ma się tak, że jeżeli się miesza krew z dwóch rodzajów zwierząt, tylko ciałka krwi jednego rodzaju ulegają rozpuszczeniu, ciałka zaś drugiego rodzaju utrzymują się. Widoczna, że jedne ciałka krwi są bardziéj oporne, podczas gdy drugie giną. Jeżeli się więc krew z innego rodzaju wstrzyknie do naczyń zwierzęcia lub człowieka, to jedne ciałka krwi, a to albo obce albo pewna ilość własnych, giną i powstaje we krwi znaczniejsza ilość wolnego hemoglobinu

który, jak wiadomo, działa trująco i sprowadza objawy już opisane. Jeżeli ilość krwi wstrzykniętéj jest względnie mała, to może organizm wytworzonego hemoglobinu szybko się pozbyć i zwalczyć niebezpieczeństwo; jeżeli zaś jest za dużą, następuje śmierć.

Transfuzyję krwi z innego rodzaju dziś więc jako nie tylko niepotrzebny ale nawet niebezpieczny zabieg porzucono zupełnie. Jeżeli dawniéj ludzie przeżyli transfuzyję krwi jagnięcéj, to zawdzięczali to tylko małéj ilości krwi wstrzykniętéj, którą często tylko w ilości jednéj uncyi lub jeszcze mniejszéj przetaczano.—Ale i co do krwi z tego samego rodzaju wcale nie jest rzeczą dowiedzioną, że jest bezwzględnie nieszkodliwą a również jeszcze nie wykazano, czy i jaką przynosi korzyść temu, któremu się przetacza, krom czysto mechanicznego napełnienia naczyń, które można osiągnąć w sposób dla życia zbawienny także przez wstrzyknięcie rozczynu soli kuchennéj. Według zdania nowszych badaczy przynajmniéj krew z tego samego rodzaju w jakibądź sposób przetoczona nie ma działać korzystniéj aniżeli rozczyn soli kuchennéj, przynajmniéj w przypadkach ostréj niedokrewności; w pewnych zaś okolicznościach może się stać nawet niebezpieczną.

Zastanówmy się naprzód nad tém, czy i w jaki sposób przetoczona krew z tego samego rodzaju może zaszkodzić. Mamy tu dwie drogi: bezpośrednią transfuzyję z naczynia jednéj osoby do naczyń drugiéj i pośrednią za pomocą krwi przez upust uzyskanéj i następnie odwłóknionéj. Już wspomniałem, jakie trudności napotyka praktyczne wykonanie bezpośredniéj transfuzyi, tak że w najlepszym razie chyba tylko wyjątkowo będziemy mogli tę operacyję wykonać, jeżeli chodzi o przetoczenie z tętnicy dającego krew. Wprawdzie Aveling i inni, a w najnowszych czasach Roussel w Paryżu, podali bardzo zgrabne przyrządy dla bezpośredniéj transfuzyi z żyły do żyły; są one jednak skomplikowane, ilość krwi przetoczonéj trudno daje się oznaczyć, a nadto zawsze należy się obawiać, żeby w przyrządzie nie powstały skrzepy, któreby mogły przejść do żyły. Mimo to jednak transfuzyja bezpośrednia, gdyby ją łatwo i pewnie można wykonać, byłaby metodą najlepszą, przypuściwszy że krew przetoczona zasługuje na pierwszeństwo przed rozczynem soli kuchennéj, czego, jak późniéj wykażemy, i dziś w pewnych przypadkach nie możemy zaprzeczyć.

Rzeczywiście wykonalną metodą była niemal zawsze metoda za pomocą krwi odwłóknionéj. O krwi odwłóknionéj wiedziano już od dawna także, że wstrzyknięta w znacznéj ilości wśród pewnych okoliczności sprowadza pewne zaburzenia, które jednak i tu odnoszono do powstania pletory. Badania Schmidta i Köhlera rzucają światło na okoliczności, wśród których i po wstrzyknięciu odwłóknionéj krwi z tego samego rodzaju powstają ciężkie zaburzenia. W krwi odwłóknionéj znajduje się bowiem wolna istota włóknikotwórcza i zaczyn włóknikowy. Jeżeli te istoty dostaną się do krwi krążącéj, wywołują także tu mniéj lub więcéj rozległe krzepnięcie. Doniosłość wywołanych w ten sposób zaburzeń zależy od ilości tych istot we krwi wstrzykniętéj i od ilości krwi. Ilość tych istot zależy od sposobu odwłóknienia; jeżeli się krwi pozwoli skrzepnąć wolno a potém wygniecie się skrzep krwi, to otrzymuje się bardzo wiele fermentu włóknikowego wolnego, a krew w ten sposób odwłókniona działa jak najbardziéj trująco; występują objawy podobne do objawów ostréj *sepsis*, które Köhler nazwał otruciem zaczynowém *(Fermentintoxication)*. Słusznie Bergmann powołuje się na te fakty, które mają niezawodnie pewne znaczenie dla całéj kwestyi transfuzyi krwi. Krew odwłókniona przez bicie względnie jest ubogą w zaczyn włóknikowy i w miarę tego krew w ten sposób przygotowana, jak się to zresztą w transfuzyi zawsze robi, stosunkowo nie jest niebezpieczną.

Chociaż ani śród doświadczeń na zwierzętach ani na człowieku po wstrzyknięciu w ten sposób odwłóknionéj krwi nie powstają wcale rozległe skrzepy, i choć Panum potrafił u psa prawie całą ilość krwi zastąpić przez krew odwłóknioną innego psa, to przecież nie wolno wcale nie uwzględniać znaczenia zaczynu włóknikowego i we krwi odwłóknionéj przez bicie. W każdym razie dalsze badania muszą tę kwestyję ważną dla transfuzyi rozstrzygnąć stanowczo.

Zapytajmy się więc, czy i jaką korzyść przetoczona krew świeża lub odwłókniona przynosi dla ustroju? O téj kwestyi traktuje dokładnie bardzo ciekawa praca Otta z pracowni patologicznéj w Lipsku, ogłoszona w zeszłym roku. Pozwólcie przeto Panowie, że Wam podam pokrótce treść téj pracy.

Ott badał naprzód zachowanie się krwi u psów odjąwszy im znaczną ilość, a mianowicie między $^1/_2$ a $^2/_3$ całéj ilości krwi i zastąpiwszy tę ilość obojętnym 6% rozczynem soli kuchennéj. Powtarzał więc przytoczone już doświadczenie Kroneckera i Sandera. Naturalnie zaraz po tym zabiegu powstało odpowiednie rozcieńczenie krwi, t. j. sztuczna hydremija i oligocytemija. Już pierwéj o tém była mowa, że organizm może utraconą ilość krwi w ciągu kilku tygodni na nowo wytworzyć. To samo pokazało się w doświadczeniach Otta po transfuzyi solnéj. Na podstawie dokładnych badań prób krwi branéj w regularnych odstępach czasu przekonał się, że ilość organicznych składników krwi między 26 a 51 dniem była znów prawidłowa, a więc hydremija zupełnie ustąpiła [1]). Podobnie miała się rzecz z nowowytworzeniem się czerwonych ciałek krwi; pomiędzy 16—47 dniem po infuzyi według dokładnych obliczeń ilość tych ciałek równała się znów pierwotnéj. Zajmującą jest ta okoliczność, że ten odstęp czasu nie różni się znacznie od tego czasu, którego potrzebuje organizm, żeby po znaczniejszéj utracie krwi bez transfuzyi rozczynu soli kuchennéj odtworzyć stracone ciałka krwi. Hünerfauth twierdzi, że ten czas wynosi 14—22, Lyon zaś, że 19—35 dni. Ciekawym daléj jest ten szczegół, że zarówno bez wlania soli jak i po témże oligocytemija wywołana przez krwotok jeszcze przez kilka dni, a mianowicie przez 4—9 dni zwiększa się i dopiero od téj chwili się zmniejsza. Pod tym względem krew zachowuje się więc jednako po krwotokach bez względu, czy się wlało soli kuchennéj lub nic. Po wlaniu soli kuchennéj uważamy jednak często, że po osiągnięciu prawidłowéj ilości ciałek krwi ilość tychże jeszcze się daléj zwiększa, a mianowicie w jednėm z doświadczeń Otta o 57% prawidłowéj ilości.

Widzicie więc Panowie, że wszystkie te szczegóły same przez się przemawiają na korzyść infuzyi rozczynu soli kuchennéj, gdyż ona nietylko chwilowe obniżenie parcia krwi usuwa, ale i późniejszéj odnowy krwi zdaje się nietylko nie utrudnia, może nawet ją popiera.

Dalszy szereg doświadczeń wykonał Ott za pomocą surowicy krwi końskiéj. Doprowadziły one do wyniku, że stopień hydremii, utrata ilości ciałek krwi i czas potrzebny do zastąpienia powstałych ubytków są zupełnie jednakie,

[1]) Doświadczenia te wykonano na 13 psach.

jeżeli się krew utraconą zastąpi surowicą krwi albo 6% rozczynem soli kuchennéj.

W podobny sposób przetaczał Ott krew odwłóknioną z tego samego rodzaju, w jednym przypadku nawet krew odwłóknioną tego samego zwierzęcia, a wreszcie i nie od włóknioną krew wprost z jednego zwierzęcia do naczyń drugiego, upuściwszy zawsze przedtém równą ilość krwi. Wynik we wszystkich przypadkach był ten, że i tu powstała hydremija i oligocytemija, któréj stopień był tém wyższy, im większą ilość dawniejszéj krwi zastąpiono krwią przetoczoną, więc nawet po transfuzyi własnéj krwi zwierzęcia odwłóknionéj. Stopień rozcieńczenia krwi jednak był w całości mniejszy niż po wstrzykiwaniu rozczynu soli kuchennéj lub surowicy, choć w poszczególnych przypadkach liczba ciałek krwi była tak małą, jak i po wlaniu rozczynu soli kuchennéj. Najwyższy stopień hydremii daleko późniéj rozwijał się po infuzyi krwi. Natomiast we wszystkich przypadkach trwała ona daleko dłużéj, tak, że organizm potrzebował mniéj więcéj dwa razy tyle czasu, aby się ocknąć z hydremii i oligocytemii po przetoczeniu krwi, co po wlaniu rozczynu soli. Ott wnosi ze swych doświadczeń, że krew przetoczona nie utrzymuje się w ustroju, lecz że zarówno ciałka krwi i organiczne składniki surowicy bywają zupełnie wydalane i że *restitutio ad integrum* następuje przez odnowę ze strony ustroju, tylko że krew przetoczona ma na tę odnowę działać hamująco.

Po prostém wlaniu soli kuchennéj całkowita odnowa krwi dwa razy prędzéj nastaje niż po transfuzyi krwi, lecz po przetoczeniu krwi nie dosięga największa hydremija i oligocytemija tego stopnia co po wlaniu rozczynu soli kuchennéj. (Dok. nast.)

## II. Kilka uwag o przyczynach położeń płodu.

Podał **Franciszek Rubinstein**,

zarządzający przytułkiem położniczym Nr. 5. w Warszawie, b. lek. miejsc. Maryjskiego Domu Położniczego w Petersburgu.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 13).

Lecz nietylko wychodząc z zasady przez Brokę ustanowionéj zaliczyliśmy główkę tą do typu długogłowych, ale także wniosek ten opiera się na porównaniu wymiarów główki naszego przypadku z wymiarami główek zrodzonych w położeniu twarzowém a użytych przez Heckera [1]) dla dowiedzenia swéj tezy. Hecker bowiem podaje wymiary 13 płodów, pośród nich trzech chłopców i dwóch dziewcząt, długością swą 51 cm. podobnych do płodu zrodzonego w przypadku przez nas opisanym. W czterech przypadkach Heckera obwód główki (poziomy) był większy, a w jednym mniejszym, niż w naszym przypadku, zatém główka dziecka naszego była wogóle mniejszą, niż główki przypadków Heckera, odpowiednio temu wymiary prosty i poprzeczny powinny być w naszym przypadku mniejsze, niż odpowiednie wymiary przez Heckera podane; gdy tymczasem wymiar prosty główek Heckera w jednym przypadku był równy, dwa razy większy i dwa razy mniejszy, a zatém w ogóle główka nasza, jeśli nie była dłuższą, to również długą, jak główki, dla których Hecker windykuje miano długich; wymiar zaś poprzeczny główki naszéj był mniejszym, niż odpowiedni wymiar główek przez Heckera opisanych i téj okoliczności przypisujemy, że obwód naszéj główki był mniéjszy od obwodu główek Heckera. Tak więc główka płodu zrodzonego w naszym przypadku była choć mniéjszą, lecz za to dłuższą od główek przez Heckera opisanych, a gdy on zalicza te główki do typu długogłowych, témbardziéj i my mamy prawo główkę naszą do tego typu zaliczyć.

Tak więc przypadek nasz dostatecznie przekonywa, że długogłowość płodu nie jest wyłączną właściwością położeń twarzowych. Czyż więc w obec tego pogląd Heckera zasługuje na uznanie? Pozostawiwszy na uboczu dowody jego i możność uczynienia im zarzutów przypuśćmy, że długogłowość rzeczywiście wywołuje położenia twarzowe, w takim więc razie inne formy główek powinny być przyczyną innych położeń płodu, czyli innemi słowy: **forma główki płodu powinna być jednym z momentów wpływających na powstanie położenia płodu.** Czy tak jest? Na to pytanie pomimo naszych poszukiwań w literaturze odpowiedzi nie znaleźliśmy, w skutek tego przystąpiliśmy sami do rozwiązania tego pytania, korzystając z danych statystycznych, jakie zebraliśmy podczas naszych zajęć w Maryjskim domu porodowym w Petersburgu, a przeznaczonych dla wydać się mającego sprawozdania. Niestety dla powodów niezależnych od nas sprawozdania zakończyć nie mogliśmy i nie zdołaliśmy wykonać w całości wszystkich wyciągów i dla tego powstała różnica w tablicach niżéj podać się mających.

W celach porównawczych rozgrupowałem posiadany materyał podług położeń i ztąd powstała:

Tablica I.

| | | | |
|---|---|---|---|
| Położeń czaszkowych było | 3447 | co się równa | 93,21% |
| „ twarzowych i czołowych „ | 6 | „ „ | 0,16% |
| „ pośladkowych z nożkowemi „ | 196 | „ „ | 5,30% |
| „ poprzecznych i ukośnych | 49 | „ „ | 1,32% |
| | 3698 | | 100% |

Porównywając tę tablicę z rezultatami otrzymanemi przez innych autorów, dla przykładu wzięliśmy dane Spiegelberga, zaczerpnięte z kliniki jego, Schwörera [1]) obliczenia dla ludności całego okręgu nadreńskiego w W. ks. Badeńskiem z 93,871 porodami, tablicę Dépaula [2]) z kliniki paryskiéj z 16,034 porodami i Hugenbergera [3]) w Petersburgu z 8106 porodami,

Tablica II.

| | Spiegelberg | Schwörer | Dépaul | Hugenberg | Nasza |
|---|---|---|---|---|---|
| Położenia czaszkowe | 95 | 97·3 | 94·29 | 93·45 | 93·21 |
| „ „ twarzowe | 0·5 | 0·3 | 0·58 | 0·51 | 0·16 |
| „ „ pośladkowe | 3 | 1·59 | 3·94 | 5·08 | 5·30 |
| „ „ poprzeczne | 0·8 | 0·78 | 1·18 | 0·95 | 1·32 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

widzimy, że dane nasze różnią się od danych innych autorów, które także między sobą się różnią najbardziéj zaś

[1]) Hecker. Über die Schädelform bei Gesichtslagen. Berlin 1870 pag. 25 i 32.

[1]) Spiegelberg. Lehrbuch d. Geburtsk. 1878 pag. 148.

[2]) Dépaul. Leçons de clinique obstetricale 1874 pag. 468, 500, 519 i 549.

[3]) Hugenberger. Otczot S. Petersburskago Powiwalnawo Instituta za 15 letje z 1845 po 1859 god. S. Petersburg 1863 (po rusku) pag. 13.

nasza tablica ma podobieństwo do tablicy Hugenbergera, gdyż różnice są nieznaczne, i nic dziwnego, gdyż materyał Hugenbergera i mój miał źródło z téj saméj ludności. Wobec różnicy między danemi otrzymanemi w Petersburgu (tablica Hugenbergera i moja), w Szląsku (Spiegelberga), w Badenskiém (Schwörera), w Francyi (Dépaula) musimy przyznać pewien wpływ warunków etnograficznych na powstanie położeń płodu.

Posiadając wymiary główek 2434 dzieci wyrachowaliśmy dla nich mianowniki główkowe i stosownie do wielkości ich rozklasyfikowaliśmy te dzieci podług grup Broki, każdą zaś taką grupę znów rozklasyfikowaliśmy podług położeń płodu i tak powstała:

Tablica III.

| | Długogłowe | Półdługogłowe | Średniogłowe | Półkrótkogłowe | Krótkogłowe | Suma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Położenia czaszkowe | 677 | 214 | 376 | 833 | 147 | 2247 |
| „ „ twarzowe | 1 | | 1 | 1 | | 3 |
| „ „ pośladkowe | 25 | 10 | 30 | 49 | 32 | 146 |
| „ „ poprzeczne | 8 | 4 | 4 | 15 | 7 | 38 |
| | 711 | 228 | 411 | 898 | 186 | 2434 |

która zamieniona na procenty wydaje:

Tablicę IV.

| | Długogłowe | Półdługogłowe | Średniogłowe | Półkrótkogłowe | Krótkogłowe | Suma |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Położenia czaszkowe | 27·81 | 8·79 | 15·45 | 34·82 | 6·04 | 92·31 |
| „ „ twarzowe | 0·04 | | 0·04 | 0·04 | | 0·12 |
| „ „ pośladkowe | 1·03 | 0·41 | 1·23 | 2·01 | 1·31 | 5.99 |
| „ „ poprzeczne | 0·33 | 0·16 | 0·16 | 0·62 | 0·29 | 1·56 |
| | 29·21 | 9·36 | 16·88 | 36·89 | 7·64 | 100 |

albo zamieniwszy powyższą tablicę na taką, w któréj liczba ogólna każdéj kategoryi główki równa się stu, to powstanie:

Tablica V.

| | Długogłowe | Półdługogłowe | Średniogłowe | Półkrótkogłowe | Krótkogłowe | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Położenia czaszkowe | 95·22 | 93·86 | 91·48 | 92·76 | 79·03 | 92·31 |
| „ „ twarzowe | 0·14 | | 0·24 | 0·11 | | 0·12 |
| „ „ pośladkowe | 3·51 | 4·47 | 7·30 | 5·47 | 17·20 | 5·99 |
| „ „ poprzeczne | 1·12 | 1·75 | 0·97 | 1·66 | 3·76 | 1·26 |
| Ogół | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |

Rozpatrywanie się w tych trzech tablicach okazuje, że nie wszystkie formy główek liczebnie jednakowo są przedstawione i pod względem ilości nie przedstawiają pewnego prawidłowego stopniowania. Najmniéj bowiem w naszym rozporządzalnym materyjale znajduje się krótkogłowych rzeczywistych, gdyż tylko 186, czyli 7·64 krótkogłowych urodziło się pośród 100 dzieci, a znów pólkrótkogłowe są najliczniéj reprezentowane, bo 898 czyli 36·89 na 100. Pośrednie między niemi miejsce zajmują półdługogłowe (228=9·36%), średniogłowe (411=16·88%), długogłowe (711=29 21%). Ta nieprawidłowość stopniowania różnych typów główek może posłużyć za dowód, że dzieci zrodzone w Petersburgu nie należą pod względem formy główki do pewnego typu. Lecz z zdaniem tém w zupełności zgodzić się nie możemy, gdyż rozklasyfikowawszy nasz materyjał nie na 5 drobniejszych kategoryj, ale na 3 większe grupy, tj. na krótkogłowe, średniogłowe i długogłowe, otrzymamy, że pierwszych było 1084, drugich 411 a trzecich 939, a więc typ krótkogłowych przewyższał (o 145 na 2434 czyli o 5·96 na 100) ilość długogłowych; w takim więc razie przyjdziemy do wniosku, że dzieci zrodzone w Petersburgu należą przeważnie do typu krótkogłowych.

Dalsze nasze rozpatrywanie również odnosić się będzie do podziału główek pod względem formy do trzech, a nie pięciu grup, i dla tego tablicę III przedstawi:

Tablica VI.

| | Długogłowe | Średniogłowe | Krótkogłowe | Ogół |
|---|---|---|---|---|
| Położenia czaszkowe | 891 | 376 | 980 | 2247 |
| „ „ twarzowe | 1 | 1 | 1 | 3 |
| „ „ pośladkowe | 35 | 30 | 81 | 146 |
| „ „ poprzeczne | 12 | 4 | 22 | 38 |
| Razem | 939 | 411 | 1084 | 2434 |

która zredukowana w stosunku sta dzieci dla każdego położenia da:

Tablicę VII.

| | Długogłowe | Średniogłowe | Krótkogłowe | Ogół |
|---|---|---|---|---|
| Położenia czaszkowe | 39·65 | 16·73 | 43·61 | 100 |
| „ „ twarzowe | 33·33 | 33·33 | 33 33 | 100 |
| „ „ pośladkowe | 23·98 | 20·56 | 55·43 | 100 |
| „ „ poprzeczne | 31·58 | 10 52 | 56·31 | 100 |
| Razem | 38 57 | 16·88 | 44·53 | 100 |

albo w stosunku sta dzieci dla każdéj formy główki:

Tablicę VIII.

| | Długogłowe | Średniogłowe | Krótkogłowe | Ogół |
|---|---|---|---|---|
| Położenia czaszkowe | 94·88 | 91·48 | 90·40 | 92·31 |
| „ „ twarzowe | 0·11 | 0·24 | 0·09 | 0·12 |
| „ „ pośladkowe | 3·72 | 7·30 | 7·47 | 5·99 |
| „ „ poprzeczne | 1·28 | 0·97 | 2·03 | 1·56 |
| | 100 | 100 | 100 | 100 |

Tablice te wykazują, że w każdém położeniu rodzą się dzieci o rozmaitym typie główki, tak iż o wyłącznym wpływie formy główki na powstanie położenia płodu mowy być nie może. Widzimy jednak, że dzieci zrodzone w pewném położeniu przedstawiają znaczną rozmaitość pod względem ilościowego rozdziału poszczególnych typów główek. I tak już widać z tablicy 7méj, że gdy z ogólnéj liczby dzieci na 100 przypada 38,57 długogłowych, to na sto dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém było tychże 39,65; różnica jest wprawdzie nie-

znaczna, bo tylko 1 na 100 wynosząca, jednak dowodzi ona, że na ogólną procentową cyfrę długogłowych przeważny wpływ wywiera znaczna ilość tych długogłowych, zrodzonych w położeniu czaszkowém. W téj saméj tablicy widzimy, że liczba krótkogłowych dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém 43,61 na 100 przewyższa liczbę długogłowych, lecz już powyżéj wykazaliśmy, że przeważniejsza liczba dzieci petersburskich należy do typu krótkogłowych i tém objaśnia się przewaga krótkogłowych nad długogłowemi i w położeniu czaszkowém; gdy atoli pośród ogólnéj liczby dzieci było 44,53 krótkogłowych, to pośród dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém liczba ta wynosiła 43,61, a zatém o 1 procent mniej. Liczba średniogłowych z ogólnéj ilości dzieci jak i z ogólnéj liczby dzieci zrodzonych w położeniu czaszkowém była jednakową, gdyż wynosiła 16,73 i 16,88 na sto. Tak więc średniogłowość pozostaje bez wpływu, długogłowość ułatwia, a krótkogłowość utrudnia powstanie położenia czaszkowego. Ten sam wniosek znajdaje usprawiedliwienie swe i w danych tablicy 8éj; gdy bowiem z ogólnéj liczby urodziło się w położeniu czaszkowém 92,31, na sto urodziła się prawie jednakowa liczba średniogłowych 91,48 dzieci w tém położeniu, liczba zaś krótkogłowych była mniejszą, bo 90,4 a długogłowych większą, bo 94,88.

Odnośnie do położenia twarzowego widzimy z tablicy 7, że wszystkie rodzaje główek jednakowo są reprezentowane, lecz cyfry procentowe tegoż położenia różnią się dla każdego typu główki od cyfr dla wszystkich dzieci, gdyż są one mniejsze dla krótko- i długo-głowych a większe dla średniogłowych, jak to znajdujemy i w tablicy 8méj. Na zasadzie naszych danych zmuszeni więc jesteśmy odrzucić powszechnie znany pogląd Heckera i przyznać przeważniejszy wpływ średniogłowości na powstanie położeń twarzowych, przyczém inne typy główek czynią możebne powstanie tego położenia.

Pośród dzieci zrodzonych w położeniu pośladkowém widzimy, że liczba krótkogłowych 55,43 na 100 (tabl. 7) przewyższa znacznie liczbę ogólną krótkogłowych 44,53 na 100, jak i liczby zrodzonych w tém położeniu długogłowych i średniogłowych; ilość tych ostatnich 20,56 na 100 przewyższa ilość ogólną średniogłowych 16,88, ilość zaś długogłowych zrodzonych w położeniu pośladkowém 23,98 jest mniejszą od ogólnéj liczby długogłowych 38,57.—Daty przytoczone w tablicy 8 to samo wykazują, mianowicie gdy ze ze stu dzieci urodziło się 5,99 w położeniu pośladkowém, to w tém położeniu urodziło się ze sta średniogłowych 7,30, a sta krótkogłowych 7,47, natomiast z podobnéj liczby długogłowych tylko 3,72. To pozwala nam wnosić, że długogłowość utrudnia a krótkogłowość i średniogłowość ułatwiają powstanie położeń pośladkowych. (Dok. n.)

## III. Kazuistyka lekarska w Turcyi.

Zebrał Dr. W. Jabłonowski.

VIII. Choroby skórne.

Na szczególną uwagę w kazuistyce lekarskiéj Wschodu tureckiego zasługują choroby skórne, które po cierpieniach wewnętrznych odgrywają tu niepoślednią rolę. Od nich bowiem zwykła się rozpoczynać najczęściéj praktyka każdego z tutejszych lekarzy, i one wprowadzając nas na obszerne pole działania, bywają owym obronnym puklerzem, którym wzmocnieni możemy zdobyć sobie dobrą opinię, poprzedzającą powodzenie materyjalne lub też pierwszym niezręcznie zrobionym krokiem stworzyć sobie trudności nie łatwo dające się usunąć. Czém bowiem gdzieindziéj dobrze a głównie prędko wyleczona rzeżączka wpływa nieraz na przyszłość młodego lekarza, tém tutaj są choroby skórne, które leczone z dobrym skutkiem, wyrobiły już nie jednemu prawdziwie brylantową sytuacyję. Zależéć to zdaje się od nadzwyczajnéj częstości tych stanów chorobowych, nieraz oryginalnych a tak licznych i tak rozmaitych, jak rozmaitym jest skład ludności miejscowéj. Jeżeli zaś jest prawdą, że pewne cierpienia skóry mają wyłączne upodobanie nagabywania pewnych osób tylko, to nigdzie fakt ten nie znajduje tak uderzającego potwierdzenia jak właśnie tutaj. Cierpienia te bowiem spotykane np. pośród Arabów beduinów i Arabów osiadłych po wsiach są nieco odmienne od tych, jakie spotykamy u mieszkańców miast anatolijskich, pośród pokoleń Kurdów, Ormijan z okolic Wanu, Lazów z po nad wybrzeży morza Czarnego, lub pośród najrozmaitszych klas rękodzielników osiadłych po większych miastach Turcyi europejskiéj. O ile mogłem się przekonać, wpływają bardzo na tę rozmaitość pewne zwyczaje właściwe téj lub owéj narodowości a zdaje się także, że i budowa warstw skórnych z bardziéj rozwiniętym systemem gruczołów potnych, przeważającą ilością barwika lub stanem zgrubienia naskórka, którym szczycą się wyłącznie Arabowie beduini z pokolenia „Dilem,“ osiadłego wzdłuż południowych wybrzeży Eufratu. Niemniéj także zdaje się być pewném, że rozmaitość cierpień skórnych zależy tu od zbytecznego pielęgnowania skóry i barwienia jéj środkami drażniącemi, jakto zwykły czynić kobiety greckie, Turczynki i Arabki chrześcijanki. Daléj nakłówanie skóry iglicami i następne wprowadzanie barwika zarobionego z indychtem, wapnem lub kurkumą dla utrwalenia kwiecistych wzorów na rozmaitych okolicach ciała, prócz wywołania stanów zapalnych, staje się nieraz powodem powstania niebezpiecznéj zgorzeli. Wreszcie pomijanie pospolitych środków higienicznych w utrzymaniu czystości powlok skórnych, jest jedną z licznych przyczyn sprzyjających rozwojowi stanów chorobowych. Dzisiejsze bowiem trefienie skóry w niczém nie da się porównać do tych wyszukanych sposobów, w jakie obfitowały buduary starożytnych greczynek, jakie były w użyciu u pięknych mieszkanek Chaldei, sławnych w przeszłości z wyrobu wybornych kosmetyków, które nawet były poszukiwane przez haremy Kalifów i sułtanów perskich. Wprawdzie jeszcze dotąd Arabija i Indyje dostarczają, również jak w starożytności, najrozmaitszych balsamów, olei i aromatów, lecz sposoby ich przerobu na właściwe kosmetyki, straciły wiele na swéj wartości i zastósowanie ich jest dzisiaj dość ograniczoném, higijena skóry tutejszych mieszkańców bardzo wiele pozostawia do życzenia. Arab np. tylko poranną rosą zwykł zwilżać swe czoło, podczas gdy ogólne powłoki skóry noszą na sobie ślady kurzu i pyłu, dzięki zmięszaniu się z wydzieliną potu, przeobrażonych w prawdziwą nieoznaczonego koloru powłokę. Okryty tylko swym płaszczem, zwanym „Betya,“ wyrobionym z szerści wielbłądziéj, nie uważa za konieczne obmycie dawno zalegających warstw kurzu, bo szorstka tkanina wystarcza tak do téj czynności, jak również i do złagodzenia uczucia przykrego swędzenia. Muzulmanie zaś, tak Turcy jak i Kurdzi i w ogóle mieszkańcy Anatolii, wierni przepisom prawodawcy, myją się pięć razy na dzień. Te jednak ich obmywania, będąc czystą tylko formą religijną, polegają

na powierzchownem zaledwie zwilżaniu rąk, ciemienia i nóg, podczas gdy stosowne, choćby tylko jednorazowe, obmycie twarzy zwykle pomijają. Nie należy jednak zarzucać muzułmanom, mianowicie Turkom, niedbałości o czystość ustroju. Pomijanie bowiem zwykłego codziennego mycia się zastępują co tydzień wycieczką do kąpieli i bań publicznych, upowszechnionych tu t. zw. „Hamamów.“ Te ostatnie dzielą się na cztery kategoryje: domowe najwygodniejsze i oczywiście najlepiéj utrzymane i banie publiczne, dla zamożnych, dostatnich i biednych. W pierwszych (dla zamożnych) czystość i porządek bywają wzorowe, woda zawsze miękka, wystarcza do najobfitszych obmywań; bieliznę odwiedzający przynosi z sobą. „Hamamy“ drugiéj kategoryi są również dobrze utrzymane, tylko większa tu panuje skromność. Tutaj odwiedzający otrzymuje bieliznę zakładową czystą na pozór, lecz po użyciu nieupraną, a tylko suszoną na wyłącznie do tego urządzonych piecach. Wreszcie trzecia kategoryja pozostawia bardzo wiele do życzenia tak pod względem czystości jak i jakości bielizny. Odwiedzane przez klasę ubogą, gromadnie tu się zbierającą, zakłady te są punktem, gdzie się udają nie tylko osoby potrzebujące obmyć się, ale także indywidua dotknięte pasorzytowemi cierpieniami skóry, okryte wrzodami, ranami itp. Ztąd też te publiczne kąpiele bywają prawdziwém źródłem, gdzie z łatwością można nabyć téj lub owéj choroby skórnéj. Ludność jednak miejscowa mało na to zwraca uwagi. Osoba dotknięta cierpieniem skóry, nigdy nie uwierzy, że mogła jéj nabyć w kąpieli. Podąża więc tam znowu i w ten sposób przyczynia się do prawdziwie zdumiewającego szerzenia się chorób skórnych. Pośród chrześcijan, mianowicie między klasą rękodzielniczą, również choć rzadziéj od muzułmanów odwiedzających kąpiele, higijena skóry pozostaje w największém zaniedbaniu. Sprzyja to bardzo szerzeniu się cierpień skóry i ich uporczywość w obec środków leczniczych zmusza często do zużycia całego arsenału środków, nieraz do prawdziwéj przyprowadza rozpaczy, nie tylko chorego ale i lekarza, tak że w rzędzie przyczyn wywołujących cierpienia skórne „Hamamy“ wschodnie niepośledunią odgrywają rolę. Często też bywa się tu zakłopotanym w wyszukaniu przyczyny powstania takiego np. cierpienia, jak świerzbu i to mianowicie u dam tureckich z klasy zamożniejszéj, u których higijena skóry choć po wschodniemu, ale zawsze bywa przestrzeganą. Damy te udają się do „Hamamu“ całemi gromadami. Bielizna ich związana w węzełki powierza się czarnéj niewolnicy, która rozkładając ją do następnego użycia, często miesza z prześcieradłami danemi przez zakład. Tutaj więc przyczyną pośrednią w udzielaniu się chorób pasorzytowych skóry bywa zwykle służąca, najczęściéj murzynka, która najniewinniéj przy ocieraniu swéj pani udziela jéj chorobę, o któréj istnieniu sama najczęściéj nie wie. I jeżeli dobrze urządzone tutejsze zakłady kąpielowe są istotnym środkiem higijenicznym dla miejscowéj ludności, to przeciwnie też same zakłady dla pospólstwa winny zwrócić na siebie uwagę władz kompetentnych i uledz radykalnemu przeobrażeniu.

Nie tylko jednak za pośrednictwem bielizny następuje udzielanie się chorób pasorzytowych w „Hamamach,“ ale sam zwyczaj obmywania się w ogólnych basenach, rzadko kiedy czyszczonych, z wodą odmienianą tylko co parę dni, bywa także jedną z przyczyn sprzyjających ich nabyciu. Pod tym względem za szczęśliwych można uważać mieszkańców wybrzeży morza Czarnego, mianowicie Lazów, którzy zrodzeni i wychowani nad wodą od dziecięctwa są do niéj przyzwyczajeni i kąpią się też często i z zamiłowaniem. Dla nich więc publiczne zakłady kąpielowe żadnego nie mają znaczenia. A jeżeli je spotykamy i po miasteczkach wybrzeżnych, to są one odwiedzane tylko przez kobiety, dla których kąpiel w morzu lub rzece jest wzbronioną zakonem. To też zdaje się być i jednym z powodów, dla czego pośród ludności męskiéj Lazów rzadko spotykamy cierpienia natury pasorzytowéj, podczas gdy pośród ich kobiet choroby te grasują z widoczną siłą.

To co powiedziałem o „Hamamach“ wschodnich, da się w części zastósować i do łazienek przy moście w Stambule, urządzanych na morzu w porze letniéj i odwiedzanych bez różnicy przez wszystkie klasy ludności. Łazienki podobne, sklejone wbrew wszelkim zasadom budownictwa, zaopatrzone w najgorszą bieliznę, będąc zbiegowiskiem wszystkiego, co szuka łatwego i taniego sposobu obmycia się, nie tylko że są ogniskiem pielęgnującém pasorzyty, ale nadto z powodu nieodpowiedniego urządzenia narażają na przeziębienie się i patologiczne jego następstwa.

O ile zaś strój wschodni obszerny i wygodny sprzyja bardzo łatwemu przewiewowi powłok skórnych, o tyle znowu ciężkie okrycie głowy, jest przyczyną stale wywołującą choroby skórne téj okolicy i wpływającą bardzo na ich trwałość i uporczywość. Wprawdzie prawowierny muzułmanin anatolijski zwykle każe sobie golić głowę i pielęgnując tylko po swojemu brodę, pozbywa się najpiękniejszéj ozdoby ciała. Zwyczaj ten jednak wypada nazwać higijenicznym i odpowiednim dla wszystkich warstw muzułmańskiéj ludności, jak już wiemy, mało dbającéj o utrzymanie czystości skóry. I podczas gdy starsi kryją ogoloną głowę pod patryjarchalnym czerwonym „f e z e m ,“ okręcanym perskim szalem lub długim turbanem, młodsi ograniczają się do noszenia „feza,“ najniestósowniejszego ze wszystkich okryć głowy. Wełniana ta czapeczka ściśle przylegająca do głowy, zdejmowana bardzo rzadko, powstrzymując wszelki przewiew skórny, podnosi stopień ciepłoty, wywołuje obfitą wydzielinę gruczołów skórnych, która nieusunięta a przynajmniéj niezmniejszona przez stósowne obmycie, sprzyja nagromadzeniu się warstw łupieży, wypadaniu włosów i tak tu pospolitym łysinom, a u osób jeszcze bardziéj niedbałych, mianowicie u żołnierzy, jest przyczyną wywołującą strupień lub uporczywy parch tutejszy. (C. d. n.)

## IV. Oceny i sprawozdania.

R. Burkart: **O chroniczném zatruciu morfinem i leczeniu jego.**

Pod tym tytułem ogłosił autor pracę traktującą o przyczynie objawów zatrucia morfinem i o sposobach leczenia tego cierpienia. Autor rozróżnia dwa objawy cechujące morfinicę. Pierwszym jest przyzwyczajenie się chorego do alkaloidu, tak że do wywołania tego samego skutku, który osiągano dawniéj małą dawką, potrzebuje chory już takich dawek znacznych, które dla osób nieprzyzwyczajonych są zabójczemi. Drugim, jeszcze może ważniejszym, objawem są znaczne zaburzenia występujące po nagłém zaprzestaniu tego leku, które autor nazywa objawami inanicyi morfinowéj. Ilość morfinu potrzebna do wywołania objawów chronicznego zatrucia jest bardzo rozmaitą w miarę indywidualności chorego; u jednego już małe dawki po krótkim czasie wywołują groźne objawy, podczas gdy u drugiego te same objawy

występują dopiero po daleko dłuższym czasie i po znacznie większych dawkach. Najmniejsza ilość, która stosowana przez długi bardzo czas wywołała objawy zatrucia, wynosiła 0·002 *Morph. mur.* na dzień, największa zaś znana dawka 3·5 dziennie. Średnio objawy zatrucia występowały już po półroczném stosowaniu alkaloidu.

Ze względu na rozwój zatrucia chronicznego bardzo ważne są objawy występujące bezpośrednio po pierwszém zastosowaniu morfinu. U niektórych chorych bowiem po wstrzyknięciu odpowiedniéj dawki nie tylko osiąga się skutek zamierzony, t. j. bóle ustają, ale potém nastaje stan błogich marzeń, śród którego chory czuje się wolnym od wszelkich trosk i przykrości. Taki chory, zwłaszcza gdy kilka razy doświadczy błogiego tego uczucia, późniéj wstrzykuje sobie stale morfin dla tego tylko, żeby znów doznać tych samych uczuć, przenieść się w tę samą sferę miłych i słodkich marzeń. Drugi rodzaj chorych po pierwszém zastosowaniu morfinu doznaje silnych nudności, bólu głowy i odnóg. Wprawdzie w miarę coraz częstszego używania morfinu objawy te przykre stają się coraz znośniejszemi, zawsze jednak tacy chorzy nie tak łatwo ulegają temu nałogowi.

Działanie morfinu objawia się we wszystkich prawie organach; najpierw jednak cierpi zazwyczaj narząd krążenia. To téż przy sekcyjach morfinistów stale spostrzegano przekrwienie zastoinowe płuc, rzadziéj już nerek, wątroby, przewodu pokarmowego i układu nerwowego. Po bardzo długiém trwaniu zatrucia przychodzi do zmian głębszych zapalnych i degeneracyjnych w organach wewnętrznych i u takich chorych najczęściéj zupełne wyleczenie już z tego powodu jest niemożliwém, że natychmiast po zaprzestaniu morfinu powstają albo nagle gwałtowne objawy, albo częściéj jeszcze powolny zapad sił i śmierć po kilku tygodniach. U tych ostatnich chorych można częstokroć osiągnąć znaczne polepszenie stanu ogólnego przez ponowne podawanie znaczniejszych dawek morfinu.

Sposób działania morfinu na poszczególne przyrządy do dziś dnia nie jest jeszcze dokładnie znanym, a nawet i tego z pewnością nie wiemy, czy alkaloid ten opuszcza organizm jako taki, czy téż w formie zmienionéj. Co do téj kwestyi rozmaici badacze rozmaite głosili zdania: jedni twierdzili, że morfin w moczu znajduje się w stanie zupełnie niezmienionym, inni go tam wcale nie mogli wykazać; wszyscy jednak godzili się na to, że po użyciu znaczniejszych dawek bywa wydalaną część morfinu przez przewód pokarmowy. Burkart na podstawie swych doświadczeń twierdzi, że w moczu morfinistów znajdują się chyba tylko ślady morfinu i że ten bywa wydalany z ustroju nie jako wolna sol, ale jako połączenie z materyjami organicznemi. W moczu morfinistów nie mógł bowiem B., mimo najdokładniejszych prób, wykazać morfinu. Z tegoż samego jednak moczu otrzymywał on ciało, które wstrzyknięte zwierzętom pod skórę, wywoływało objawy zatrucia morfinowego, choć nader słabe. Temu twierdzeniu Burkarta sprzeciwił się w ostatnich czasach Marmé twierdząc, że część morfinu zawsze bez jakiéjkolwiek zmiany z ustroju się wydala a tylko część pozostaje w organizmie jako oksydomorfin. Kwestyja ta jest więc do dziś dnia nierozstrzygniętą; dla lekarza praktycznego wypływa ztąd wniosek, że brak morfinu w moczu nie może dla niego być dowodem, że chory już morfinu nie używa.

Leczenie tego cierpienia może jedynie mieć na celu odzwyczajanie chorego od tego środka. Jeżeli się choremu nagle odbierze morfin, to następują najczęściéj nader gwałtowne zaburzenia, już w parę godzin po ostatniém wstrzyknięciu. Zaburzenia te po 2—3ch dniach dochodzą swego punktu kulminacyjnego, a ustępują zupełnie dopiero po 10 do 16 dniach. W pierwszych dniach rozwijają się dość często zaburzenia psychiczne, zwidywania, niepokój, smutek, oprócz tego drgawki, zboczenia w wszystkich prawie zmysłach, w przewodzie pokarmowym i w narządzie oddechania. Najbardziéj groźne są jednak zboczenia w narządzie krążenia, mianowicie znaczne bardzo osłabienie czynności serca prowadzące do zapadu, a czasem nawet i do śmierci. Dzisiejszy zasób naszéj wiedzy nie pozwala nam na tłumaczenie tych objawów. Marmé wprawdzie twierdził na podstawie swych doświadczeń na zwierzętach, że to są następstwa zatrucia oksydomorfinem. Jeżeli bowiem wstrzyknął zwierzętom rozczyn chlorku oksydomorfinu pod skórę, występowały objawy podobne do objawów, jakie występują u morfinistów po nagłém odebraniu morfinu. Objawy te ustępowały natychmiast po zastosowaniu morfinu. Na podstawie tego doświadczenia twierdził Marmé, że ciągły dowóz morfinu powstrzymuje powstanie tego połączenia, ale jeżeli się przestanie doprowadzać do organizmu morfin, oksydomorfin może się wytworzyć. W każdym razie jestto tylko przypuszczenie bardzo śmiałe, któremu czynić można liczne zarzuty. (Dok. nast.)

Dr. C. Reinhard: **O t. zw. odruchu podżebrowym.** *(Hypochondrienreflex).*

Nieznany dotąd odruch wywołać można według R. wciskając nagle powłoki brzuszne pod łuk żebrowy w linii sutkowéj lub pomiędzy nią a liniją pachową przodkową. Autor radzi w tym celu ułożyć obie ręce przy sobie i gdy dłonie są skierowane ku górze, przesunąć szybko końcami palców w kierunku od przodu i dołu ku górze i ku tyłowi. Jako odruch powstaje szybkie zgięcie kadłuba ku przodowi i ku stronie zadrażnionéj i mniéj lub więcéj wyraźny kurczowy wdech; badający czuje w téj chwili energiczny skurcz powłok brzusznych, tak, że palce zostają gwałtownie odepchnięte, w szczególności wyczuć można często odruchowe obniżenie się przepony. W powstaniu tego odruchu biorą udział mięśnie brzucha i przepona, czasem nawet mięśnie grzbietowe i lędźwiowy. Odruch ten nie sprawia uczucia bólu ani téż łechtania. Swojém szybkiém powstawaniem różni się ten odruch od odruchów skórnych powłok brzusznych, które można wywołać przesuwając lekko palcem jako ruch falisty. Odruch ten utrzymuje się we śnie i przez ubranie można go również wywołać, jak niemniéj wtedy, gdy odruchów skórnych brak. Zaliczyć go należy do odruchów ścięgnistych, względnie mięśniowych; u ludzi zdrowych znajduje on się stale. Ważném jest spostrzeżenie, że odruchu tego nie można wywołać w pewnym stopniu rozwoju wiądu rdzenia pacierzowego, co obok innych jego własności przemawia na korzyść zastósowania go z czasem w semiotyce. *(Ctbl. f. Nervenheilk.* Nr. 6, 1884). *Dr. Schaitter.*

## V. Sprawy Towarzystw lekarskich.

### Towarzystwo lekarskie galicyjskie.

I Posiedzenie zwyczajne naukowe Sekcyi lwowskiéj w dniu 8 marca 1884 r.
Przewodniczący kol. Widmann, późniéj Seifman.
Członków obecnych 26.

Protokółu z posiedzenia administracyjnego odbytego w dniu 16 lutego b. r. nie odczytano z powodu nieobecności zeszłorocznego sekretarza naukowego.

Wynik wyborów Zarządu Sekcyi lwowskiéj na rok 1884 jest następujący: przewodniczący Dr. Widmann, zastępca przewodniczącego: Dr. Seifmann; sekretarz administracyjny: Dr. Merunowicz; sekretarz naukowy: Dr. Jurkiewicz: gospodarz: Littich; podskarbi Dr. Madejski; kontrolor Dr. Pawlikowski. Delegaci na Walne Zgromadzenie: Dr. Schattauer, Dr. Strojnowski. Dr. Ziembicki. Zastępcy delegatów: Dr. Majewski i Dr. Merczyński.

1) Kol. przewodniczący zagajając posiedzenie dziękuje Zgromadzonym za ponowny wybór, następnie wnosi, aby ustępującemu Wydziałowi podziękować przez powstanie, co téż zebrani uczynili. W dalszym ciągu zakreśla plan naukowy posiedzeń zachęcając kolegów do licznego brania udziału w odczytach, przedstawianiach chorych itd. kładąc nacisk, aby koledzy o ile możności z różnych działów medycyny przedstawiali prace celem rozbudzenia największego interesu.

2) Kol. Sielski przedstawia chorą, u któréj z powodu *Prolapsus vaginae completus et descensus uteri* wykonał *kolporrhaphiam anteriorem* i Kolpoperineoplastykę metodą Hegara z pomyślnym skutkiem. Chorą jednakże przedstawia dla tego, że u niéj obie wargi mniejsze sromne przedstawiają w środku dwa symetryczne, owalne otwory. Zwraca uwagę na podobny przypadek opisany przez Heitzmanna w *W. med. Presse* z r. b. Przypadek przedstawiany przez kol. Sielskiego byłby trzecim znanym w literaturze. Chora utrzymuje stanowczo, że otwory te powstały podczas porodu, dodatniego jednak nic podać nie umie, w skutek czego twierdzenie jéj nie zasługuje na wiarę. Kol. Sielski demonstruje, że od każdego otworu ku górze ku *praeputium clitoridis* aż do końca wargi mniejszéj znajdują się dwa wąziutkie paski jakby blizny, które pozwalają wprawdzie przypuszczać, że powstały przy rozdarciu warg mniejszych, jestto jednak przypuszczenie tylko, którego wytłumaczyć nie potrafi.

Kol. Bylicki: Otwory takie znane są u kobiet ludów Afryki południowéj, które przebijają sobie wargi mniejsze, zawieszając na nich ciężarki. Uważają to jako ozdobę. Lecz tam jest sztucznie wywołany taki otwór, w tym przypadku nie umie sobie powstania tychże wytłumaczyć, wykluczając możliwe, lecz nieprawdopodobne, powstanie podczas porodu prawidłowego, jaki u choréj miał miejsce, témbardziéj, że wargi mniejsze nie ulegają przy przerzynaniu się główki przez srom niewieści uciskowi od kości. — Kol. Ziembicki: Przypadek podobny przedstawiał na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Paryżu. Guziczki brodawkowate zajmowały nietylko wargi mniejsze ale i łechtaczkę. Guziczki te ulegały owrzodzeniu a zabliźniając się dawały podobne otwory, jednak niesymetryczne, jak w tym przypadku. Charcot nie umiał tłumaczyć przyczyny, czy i w tym przypadku etyjologija nie jest analogiczną, trudno z wywiadów wywnioskować. — Kol. Strojnowski zauważa, czy nie jest taż sama przyczyna, która i w błonie dziewiczéj sprawia rozliczne i różne otwory, odnosi powstanie do życia płodowego. — Kol. Sielski dodaje, że Klob usiłował tłumaczyć powstanie takich otworów atawizmem.

3) Kol. Barącz przedstawił: 1. chorego, u którego z powodu rozległego raka dolnéj wargi robił cheiloplastykę metodą Blasiusa; 2. Chorą ze złamaniem zewnętrznego końca obojczyka, zastosował w tym przypadku przyrząd plastrowy Seyra, lecz tylko 2 plastry z płótna żaglowego z wynikiem pomyślnym; 3. złamanie rzepki leczone przez założenie *testudo genu inversa*; 4. w krótkości opisuje przyrząd Hütera do leczenia złamań rzepki.

Kol. Schattauer zaleca sposób leczenia złamań rzepki metodą Listera i opisuje w krótkości ten sposób, który w przeciągu trzech tygodni ulecza, podczas gdy przy użyciu klamer Malgaigna zrosty bywają często tylko ścięgniste i koaptacyja odłamków nie ma miejsca. — Kol. Ziembicki: W ostatnich czasach są dwa obozy, jeden za metodą Listera, drugi przeciw. Anglicy i Niemcy natychmiast zeszywają odłamki szwem kostnym. Francuzi przeciwnie, czekają, twierdząc, że źle jest zamieniać to złamanie w bliskości stawu w otwarte, bo i życie chorego a w pomyślnych przypadkach najczęściéj funkcyja odnogi, bywają na niebezpieczeństwo narażone. Kilkakrotnie już szew zawiódł i nie poprawił funkcyi. Rozsądniéj zatém starać się o zbliżenie odłamków za pomocą klamry Malgaigna lub opaski plastrowéj Huetera, która w ostatnim przypadku dała świetny rezultat. Dobrze także krew wybroczoną do stawu usunąć przez punkcyję lub aspiracyję, szew rzepki tylko wtedy wypada przedsięwziąć, gdyby po kilku miesiącach chory z powodu bardzo złéj funkcyi stał się formalnie kaleką. Operacyja zaraz po uszkodzeniu jest mniéj racyjonalną i znacznie niebezpieczniejszą.

4) Kol. Feigel przedstawił prątki gruźlicze Kocha pod mikroskopem. Na podstawie badania 41 przypadków ze szpitala, w niektórych badane były plwociny po kilkakroć, można twierdzić, że rozróżnienie jest możebne. W jednym przypadku, pomimo kilkakrotnego badania, nie wykazano prątków; objawy kliniczne były zgodne z objawami suchot płucnych. Chora umarła a sekcyja wykazała: *Atrophia pulmonum*; *Bronchitis purulenta*; *Bronchiectasia fusiformis*. Tenże *b)* przedstawił Saccharimeter Ultzmanna i objaśnił skład i sposób użycia tego przyrządu.

5) Kol. Ziembicki przedstawia kobietę, u któréj przed pięciu tygodniami wykonał owaryjotomiję. Torbiel nie miał szypułki i głęboko wrastał między blaszki więzadła szerokiego. Po wyłuszczeniu blaszki podwiązano jedwabiem i przypalono przyrządem Paquelina. W dalszym przebiegu objawy lekkiego zap. otrzewny, ciepłota najwyższa 38° i wzdęcie uporczywe aż do 7go dnia. Kilkanaście punkcyj igłą i aspiracyja gazów flaszką Potaina. Operowana wstała na początku czwartego tygodnia. Brak szypułki i trudność sztucznego jéj wytworzenia w tym przypadku komplikował znacznie rękoczyn i rokowanie. Jeszcze dziś Péan, Schröder, Hegar i Kaltenbach radzą wszycia torbiela do brzegów rany, jeśli oddzielenie całego tumoru nie da się przeprowadzić bez uszkodzenia moczowodów, kiszek lub wszelkich naczyń przebiegających w miednicy.

6) Kol. Merczyński mówił: O dyfteryi. Z powodu spóźnionéj pory odłożono dalszy ciąg do następnego posiedzenia.

*Dr. Jurkiewicz.*
sekretarz.

## Towarzystwo lekarskie krakowskie.

V Posiedzenie zwyczajne Tow. lek. krak z dnia 20 marca 1884 r.
Przewodniczący kol. Kwaśnicki. Członków obecnych 28.

1) Protokół z ostatniego posiedzenia odczytano i bez zmian przyjęto. Jako dodatek do swego ostatniego odczytu przedstawia kol. Kopernicki przyrząd otrzymany w darze od p. Rogozińskiego w postaci lejka, którego murzyni używają, aby sprowadzić wypróżnienie kiszki stolcowéj. Lejek ten wprowadzony wprost do odbytnicy (przy ułożeniu chorego głową na dół) nalewa się wodą, przez co spełnia on zadanie zastosowanego dopiero w nowszych czasach lejka Hegara.

2) Przewodniczący zawiadamia, iż do Towarzystwa nadesłano: *a)* trzy rozprawy Henryka Pacanowskiego, asystenta kliniki terapeutycznéj szpitala św. Ducha w Warszawie; *b)* Sprawozdanie Tow. lek. bukowińskiego i *c)* Differenční slovník lékařský česko polský a polsko-český, sestavil docent Dr. K. Chodounský, w 50 egzemplarzach. Kol. Rydel wnosi, aby doc. Drowi Chodounskiemu złożyć pisemne podziękowanie za dar ten i za podjęcie pracy tak pożytecznéj równie dla polskiego jak i czeskiego narodu. Wniosek ten jednomyślnie przyjęto.

3) Kol. Rydel przedstawił dwie chore z przewlekłą jaglicą i łuszczką na obu oczach, leczone w klinice okulistycznéj za pomocą namoku jequirity. U jednéj z nich, przedstawionéj już na posiedzeniu w dniu 21 listopada 1883 w pełni rozwoju zapalenia jequiritycznego na oku prawém, zastosowano w dniu 5 i 6 grudnia 2% namok na oku lewém, skutkiem czego powstało właściwe, choć mniéj silne zapalenie aniżeli na oku prawém, gdzie użyto namoku 3%. Do 13 stycznia b. r. wyjaśniły się rogówki o tyle, iż V podniosła się na oku prawém z palców na 1·0 na palce na 3·0; na oku lewém z palców na 1·5 na 3·0. W dniu tym i następnym zastosowano na drugi zawód kilkakrotnie 2% namok zimny na oba oczy i wywołano znów zapalenie właściwe, choć słabsze niż za pierwszym razem, a to samo nastąpiło po trzeciém kilkakrotném zastosowaniu jequirity w dniu 9 lutego. Mimo trzechkrotnego w różnych odstępach czasu zastosowania jequirity, obecnie po upływie czterech miesięcy od początku leczenia chora liczy okiem prawém palce tylko na 2·0, okiem lewém na 3·0, obie rogówki okazują łuszczkę suchą z skąpemi naczyniami, spojówki powiek górnych są zgrubiałe, okazują dość

znaczny przerost brodaweczek i ziarna jaglicowe, choć w mniejszéj niż pierwotnie ilości; spojówki powiek dolnych okazują ten sam stan w niższym stopniu a nadto rozległe choć powierzchowne zbliznowacenie w załamku i mierne skrócenie.

Drugą chorą przyjęto w dniu 8ym stycznia b. r. z przewlekłą jaglicą i łuszczką na obu oczach. Spojówki były zasiane dość licznemi ziarnami jaglicowemi, ich brodaweczki miernie przerosłe. Całą rogówkę lewą pokrywała gruba łuszczka, bogata w naczynia tak, iż chora liczyła tém okiem palce tylko na 0·50; na rogówce oka prawego łuszczka była znacznie cieńszą, chora liczyła niém palce na 3·0. W dniu 10 i 11 stycznia spłukiwano spojówkę kilkakrotnie 2% namokiem i wywołano średniego stopnia właściwe zapalenie z miernie grubemi błonami. Do 9 lutego wyjaśniły się rogówki tak, iż chora liczyła palce okiem lewém na 1·25, okiem prawém na 3·75. W dniu tym i następnym zastosowano powtórnie 2% zimny namok na oba oczy. Obecnie chora liczy palce okiem lewém na 4·0 trudno, prawém na 6·0 biegle. Obie rogówki są miernie zaćmione, okazują skąpe naczynia, zmiany te są znaczniejsze na oku lewém niż prawém. Stan spojówek obu oczu tak co do ilości ziarn jaglicowych, jak i co do przerostu brodaweczek znacznie lepszy, ale mimo 10-tygodniowego leczenia daleki jeszcze od prawidłowego.

O ile z tych dwóch spostrzeżeń, zgodnych zresztą z doświadczeniami innych okulistów, wnosić można, namok jequirity działa korzystnie na łuszczkę i ziarna jaglicowe, ale nie zdoła wyleczyć jaglicy doszczętnie i wyrugować dotychczasowego leczenia za pomocą azotanu srebrowego i siarkanu miedziowego. Cokolwiekbądź jednak uważać można jequirity za pożyteczny nabytek, mogący zastąpić korzystnie szczepienie śluzotoku w najcięższych i zastarzałych przypadkach jaglicy przewlekłéj.

4) Kol. Obaliński przedstawił: *a*) zmodyfikowane przez siebie uciskadło Dra Wehra, *b*) model szyny blaszanéj, którą zastosować można tak na prawą, jak i na lewą odnogę górną.

5) Kol. Mikulicz mówił o transfuzyi. (Wykład umieszczony w Przeglądzie Lekarskim).

Na tém posiedzenie zakończono.

*Dr. Szymkiewicz.*

## VI Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Ciekawym jest wynik zestawienia śmiertelności w rozmaitych miastach Europy w 11tym tygodniu rb. Otóż umarło na tysiąc mieszkańców w Hanowerze 17.8, w Karlsruhe 20·0, Bazylei 20·9,—w Edymburgu 21·5, Londynie 21·6, Chrystyjanii 21·8, Kopenhadze 22·5,—w Glasgowie 23·3, w Berlinie i Brukseli 23·4, w Dreźnie 23·8, — w Stokholmie 24·0, Magdeburgu 24.3, Kolonii 24·9,—w Hamburgu 25·1, Stutgardzie 25·5, Altonie 25·7, Frankfurcie n./M. 25·8, Szczecinie 25·9, — w Metzu 26·2, Kasslu 26·4, Augsburgu 26·8,—w Lipsku 27·2, Dublinie 27·4, Paryżu 27·7,—w Brunszwiku 28·1, Norymberdze 28·7, Liverpolu 28·8,—w Monachijum 29·0,—w Bukareszcie 30·0, Wrocławiu 30·5,—w Warszawie i Odessie 33·0, — w Turynie 34·0, w Królewcu 36·5, Madrycie 38·0, Rzymie 39·1, w Petersburgu 42·5, w Krakowie 44·5, w Tryjeście 46·3. Możemy zatém być dumni, nasz Kraków w skali téj zajmuje najwyższe prawie miejsce, bo umiera w nim prawie 3 razy tyle mieszkańców, co w Hanowerze!

Statystyka epidemij. W tygodniu od 16—22 marca umarło w Krakowie według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców 34,6. Z ospy umarło 10 (10 z. t.); z płonicy 0 (2 z. t.); z błonicy 1 (0 z. t.); z krztuśca 1 (1 z. t.); z duru brzusznego 0 (2 z. t.); z duru osutkowego 3 (0 z. t.); z kiły 1 (0 z. t.). Doniesiono w tymże czasie: o 10 przypadkach ospy, 3 odry, 2 płonicy, 1 krztuśca, 2 duru brzusznego. Od 9—15 marca umarło w Londynie z ospy 11 osób. Leczyło się w szpitalach 148, świeżo zapadło 21. W Paryżu umarło 1, w Liwerpolu, Petersburgu, Madrycie i Brukseli po 2, w Lizbonie 3, w Warszawie 5, w Murcyi 7, w Maladze 9, w Nowym Orleanie 17, w Pradze 43. W Madrycie umarło przy końcu grudnia 108 osób z ospy. Z duru osutkowego umarło w Londynie i Madrycie po 1, w Maladze 2, w Saragosie 3, w Petersburgu 4. Z cholery umarło w Bombaju od 6—12 lutego 5, w Kalkucie od 13—19 stycznia 6, w Madrasie od 22—28 grudnia 9.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu od 9—15 marca umarło według obliczenia na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 37,6; w Warszawie 33,0; w Poznaniu 28,5; w Pradze 38,0; w Tryjeście 46,3; w Berlinie 23,4; we Wrocławiu 30,5; w Gdańsku 21,4; w Mnichowie 29,0; w Dreźnie 23,8; w Lipsku 27,2; w Bazylei 20,9; w Brukseli 23,4; w Hadze 26,5; w Paryżu 27,7; w Londynie 21,1; w Kopenhadze 22,2; w Stokholmie 24,0; w Chrystyjanii 21,8; w Petersburgu 42,5; w Odesie 33,3; w Rzymie 39,1; w Wenecyi 33,1; w Bukareszcie 30,4; w Madrycie 38,8; w Lizbonie 33,1; w Aleksandryi 29,7; w Nowym Jorku 27,2; w Filadelfii 21,3; w Bombayu 24,9; w Madrasie 49,3. *J. B.*

## VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 3 kwietnia. Na wczorajszém posiedzeniu Tow. lekarskiego wybrano jednogłośnie członkiem koresp. Dra Pawińskiego w Warszawie oraz uchwalono wyrazić Drowi Klinkowi tamże podziękowanie za bezinteresowne opiekowanie się rozsprzedażą Słownika lekarskiego, nakładem Tow. wydanego. Następnie kol. Kohn mówił o spostrzeżeniach nad działaniem leczniczém nowszych leków w praktyce ginekologicznéj, a wreszcie kol. Balicki przedstawił mężczyznę wyleczonego po wyłuszczeniu przez prof. Obalińskiego nowotworów blisko 2 kilogr. ważących na szyi.

* Docent prywatny i prosektor, Dr. Longin Feigel, mianowany został nadzwyczajnym profesorem medycyny sądowéj w Uniwersytecie lwowskim.

* Otrzymaliśmy XI Sprawozdanie Komitetu Tow. Opieki szpitalnéj dla dzieci w Krakowie z r. 1883. (Kraków, 1884, w 8ce, str. 37). Dowiadujemy się z niego, że Towarzystwo liczyło w roku ubiegłym członków 137, dochód wynosił 20,465 złr. a wydatki 14,731 złr. Leczono w tymże roku dzieci 755, z których wyleczono 419, niewyleczonych było 115, umarło 222. Klinika pedyjatryczna, w szpitalu św. Ludwika mieszcząca się, posiada łóżek 24, asystentem klinicznym jest Dr. Murdzieński; oddział szpitalny posiada łóżek 76; sekundaryjuszem 1ym jest Dr. Rosenblatt, 2im Dr. Koy. Przełożonym tak kliniki jako oddziału szpitalnego jest prof. Jakubowski.

* Były profesor w Gryfii, który porzucił profesurę swoją i przed niedawnym czasem przeniósł się do Berlina, obecnie zamierza osiąść we Wiedniu i w tym celu udał się do Wydziału lek. z prośbą o nostryfikacyję dyplomu pruskiego i udzielenie mu *veniae legendi* w Wydziale lek. Rzecz ciekawa, co Wydział lek. postanowi; redakcyja *W. med. Woch.*, wyprzedzając uchwałę Wydziału, wedle zwyczaju swego w sposób wcale nieprzyzwoity występuje przeciw przypuszczeniu petenta do praktyki wiedeńskiéj. Nie wymienia ona wprawdzie nazwiska, ale łatwo domyślać się, że się rozchodzi albo o prof. Eulenburga albo o Schüllera, a prawdopodobniéj o pierwszego.

Z ostatniego Nru *W. allg. med. Ztg.* dowiadujemy się, że rozchodzi się istotnie o prof. Eulenburga, że jednak oprócz niego stara się o nostryfikacyję kilku innych jeszcze lekarzy niemieckich, jak: prof. okulistyki Hermann Cohn z Wrocławia, docent Friedmann z Berlina i Dr. Süssbrunn z Lignicy. Kwestyja ta była już przedmiotem narady w Wydziale lek. wiedeńskim na posiedzeniu, odbytém d. 29 marca. Z uwagi, że państwo niemieckie nie ułatwia wcale nostryfikacyi lekarzom austryjackim, Wydział uchwalił wstrzymać się z orzeczeniem swém aż do czasu, w którym oprzeć się będzie można na wzajemności, praktykowanéj w Niemczech.

Proff. Wedl, Schenk i Nowak otrzymali od p. Ministra Oświaty polecenie, aby przedłożyli program budowy dla zakładów: histologicznego, embryjologicznego i higijenicznego.

* **Petersburg.** Zasłużony w nauce Dr. Pelikan, prezes rady lekarskiéj i komitetu weterynaryjnego w ministerstwie spraw wewn., otrzymał uwolnienie od służby z powodu zdrowia nadwątlonego. Prezesem rady lekarskiéj zamianowany został lekarz nadworny Dr. Zdeckauer, a prezesem komitetu weterynarskiego Dr. Rozow.

* **Mianowanie.** Starszy lekarz batalijonu rzeszowskiego obrony krajowéj, Dr. Włodzimierz Hrycykiewicz, mianowa-

ny został starszym lekarzem w armii czynnéj, a lekarz asystent Dr. Julijan Dadlez, starszym lekarzem w rezerwie.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. w Uniw. Jagiell. otrzymali pp. Józef Peters, rodem z N. Sącza, Adam Jan Sołowij, z Poturzycy, Roman Wodyński i Karol Zaleski z Mikuliczyna w Galicyi.

* **Nekrologija.** W piątek d. 28 marca r. b. odprowadziliśmy zwłoki śp. Dra Franciszka Danka na miejsce wiecznego odpoczynku. Trumna ozdobiona była orderami i wieńcami licznemi, z których jeden ofiarowało swemu członkowi Tow. lek. krakowskie. Za trumną szli jenerałowie, wyżsi oficerowie, lekarze wojskowi i cywilni, pomiędzy ostatnimi prawie wszyscy profesorowie Wydziału lek. Nadto wszystkie warstwy ludności były reprezentowane począwszy od prezydenta miasta, w dowód, jakiego poważania używał nieboszczyk.

W testamencie swoim 1 r. Danek zesyła ostatnie pozdrowienie wszystkim życzliwym sobie, a biblijotekę swoją oraz zbiór narzędzi przeznacza na rzecz księgozbioru uczniów Wydziału lek. w Krakowie. Jestto dar cenny, bo wiadomo, że nieboszczyk posiadał piękny, kosztowny zbiór książek i narzędzi. W papierach jego znaleziono także kartkę, mieszczącą główne daty życia jego, które téż chętnie podajemy.

Śp. Dr. Franciszek Danek urodził się w Wilamowicach d. 1go kwietnia 1839. Po ukończeniu szkoły ludowéj w miejscu rodzinném, gimnazyjum niższego w Cieszynie, a wyższego w Krakowie wstąpił w r. 1861 do Akademii lekarskiéj wojskowéj (Józefinum) we Wiedniu. Po ukończeniu 5go roku odbył kampaniję pruską jako tymczasowy lekarz starszy, a w r. 1867 otrzymał dyplom doktora w. nauk lek. Aż do r. 1869 służył w szpitalach wojskowych we Lwowie, Jarosławiu i Wadowicach oraz przy pułku 70ym w Krakowie. D. 1 października 1869 powołany został na kurs operacyjny prof. Pithy w Wiedniu, po ukończeniu którego w r. 1871 otrzymał dyplom na operatora. D. 1go maja 1871 razem z trzema kolegami wysłany został przez Ministerstwo wojny do Paryża, celem objęcia szpitala rannych w St. Cloud, gdzie do ostatniego października był czynnym jako *Chirurgien-Principal*. Za powrotem do Austryi za zasługi na tém stanowisku położone otrzymał krzyż kawalerski orderu Franciszka Józefa a ze strony francuskiéj krzyż towarzystwa *„Societé française de secours aux blessés"*; krzyż *„Au souvenir des services pratiqués et devoués rendus aux blessés français"*. Sprawozdanie z czynności w szpitalu St. Cloud ogłosiło drukiem austr. ministeryjum wojny p. t. *„Bericht über den französ. Baracken-Lazareth f. Verwundete im Parke von St. Cloud im Jahre 1871, mitgetheilt von den Regimentsärzten v. Fillenbaum und Netolitzky und den Oberärzten Danek und Güttl."* Od 1 stycznia 1872 aż do śmierci swéj pełnił śp. Danek obowiązki operatora w szpitalu garnizonowym w Krakowie, mianowany będąc 1 maja 1872 lekarzem pułkowym.

**Artykuły orygin. mieszczące się w cz. sopismach lek. polskich:**

W *Medycynie* Nr. 13: Meyersona: O przeszkodach przy usuwaniu rurki tracheotomijnéj. — W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 13: Matlakowskiego: Ciało ruchome w jamie kolanowéj; Rosenthala: Hypochondryja w dziedzinie zboczeń umysłowych.

**Redakcyja** otrzymała:

Dr. W. BUJAKOWSKI: Obecny stan oraz wartość lecznicza zdrojów druskienickich. (Odbitka z „Medycyny,") Warszawa 1884, in 8vo str. 15.

**Piśmiennictwo lekarskie.** OIDTMANN H. Die Pockenstatistik der Soldaten. gr. 8. Leipzig, Belke. M. 1.20.

PLOSS H. H. Zur Geschichte, Verbreitung u. Methode der Frucht Abtreibung. Culturgeschichtlich-medicin. Skizze. gr. 8. Leipzig, Veit et Co. M. 1.40.

---

* Pewien kolega, Dr. medycyny, praktykujący w kraju, ojciec trojga dzieci, umarł w największéj nędzy. Redakcyja, mając sobie przez jednego z kolegów zwróconą uwagę na położenie okropne, w którém znajduje się pozostała familija, licząc na znaną gotowość do ofiar stanu lekarskiego otwiera niniejszém składkę na korzyść nieszczęśliwych i chętnie pośredniczyć będzie pomiędzy ofiarodawcami a zapomogi potrzebującymi.

Złożyli dotąd: Fundusz wydawnictwa Przeglądu Lekarskiego złr. 10, koledzy: Rydel 3 złr., Korczyński, Pareński, Kwaśnicki, Blumenstok, Grabowski, Jordan i Ściborowski po 2 złr.. Kopff, Murdzieński, Dr. Z., Obaliński, Kohn, Dobruchowski, Szymkiewicz, Danielski, po 1 złr., Mars i Pieniążek po 5 zlr, razem 45 złr.

---

**Do numeru dzisiejszego dołącza się wiadomość o Cieplicach trenczyńskich.**

---

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

---

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiellońskiego pod zarządem Ignacego Stelcla.